

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- 0013163

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2986 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TEJDAWI KHADDOUT  
 Date de naissance : 24/04/52  
 Adresse : Hay Rahma Rue 10 N° 4 My Rachid Casablanca  
 Tél. : 0612674215 Total des frais engagés : 3000 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/10/2022  
 Nom et prénom du malade : TEJDAWI KHADDOUT Age : 70 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : PTB à gauche  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 06/10/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/12/22	CS	6		Dr Anis ACHACHE Orthopédiste Chirurgien Orthopédiste Traumatologie Orthopédie Arthroscopie - Chirurgie du Sport 105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane EL Khair Casablanca - Tél: 05 22 81 61 16

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Prestataire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Rajaa NAFII Kinesithérapeute Centre Orthos 105, Avenue 2 Mars RDC, Casablanca Maroc - Tél: 0522 81 81 16	15/11/22		15 Soins			3000 DHS

Facture de 15

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

Date : ..... / ..... / .....

15/11/2022

M<sup>le</sup>  
2986

## Ordonnance

FACTURE N°4061/2022

Nom : TEJDAWI KHADDOUJ

Organisme : MUPRAS

SEANCES DE REEDUCATION

15 200,00

TOTAL= 3000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois mille dirhams.

Type de règlement : ESPÈCES.

ICE :001860015000084 / TP :34465339 / IF :24858296.

**ORTHOS SCP**  
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair  
Casablanca  
TP: 34465339 - ICF: 001860015000084

**Rajaa NAFII**  
Kinésithérapeute  
Centre Orthos  
105, Avenue 2 Mars RDC - Casablanca  
Maroc - Tél: 0522 81 81 16



Date : 1/10/2022

M<sup>E</sup> 2986

## DEMANDE DE RÉÉDUCATION

**Cher confrère,**

Permettez-moi de vous adresser Mr (Mme) : Tejla Wi Khallouj

traité(e) pour FTG Sm gauche Rrose

Je vous l'adresse pour 15 séances de rééducation de

genou (gauche)

avec protocole

Recevez cher confrère l'expression de mes salutations les plus distinguées.

**Signature :**

**Dr Anis ACHARGUI**  
Chirurgien Orthopédiste  
Traumatologie-Orthopédie  
105, Boulevard 2 Mars, Résidence Aymane Alkhair  
Arthroscopie - Chirurgie du Sport  
Tél: 0522 81 81 16 / Fax: 0522 81 81 17  
Casablanca / Tél: 05 22 81 81 16





مركز جراحة العظام والمفاصل والجراحة الرياضية  
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

## CALENDRIER

Nom et Prénom : MME TEJDAWI KHADDOUJ

Casablanca le : 15/11/2022

### Natures des Actes

15 Séances de rééducation : PTG Gauche

15/10/2022

18/10/2022

20/10/2022

22/10/2022

25/10/2022

27/10/2022

29/10/2022

31/10/2022

01/11/2022

03/11/2022

05/11/2022

07/11/2022

09/11/2022

11/11/2022

15/11/2022

ORTHOS SCF  
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khai  
Casablanca  
TP: 34465339 - ICE: 00186011500009

Rajaa NAFII  
Kinesithérapeute  
Centre Orthos  
105, Avenue 2 Mars RDC - Casablanca  
Maroc - Tél: 0522 81 81 16